

修士論文概要  
「南アジア栄養プログラムの批判的検討」

202D0265 長谷部幸子

1. 研究の目的と方法

今日、貧困緩和が再び開発領域の焦点とされるなかで、保健面での剥奪が貧困の最大要素のひとつであると言われている。そこで、貧困層に属する人々、特に子どもと女性の多くが栄養不良状態にあることは早急に解決しなければならない大きな問題として捉えられ、世界各国でかれらを対象とした栄養改善プログラムが取り組まれてきた。にもかかわらず、現在でも多くの子どもと女性は栄養不良の問題にさらされたままである。

筆者は、プライマリヘルスケア(Primary Health Care: PHC)や母子保健、リプロダクティブヘルスの分野で、子どもや女性の栄養状態の向上を目的とする活動を南アジアの国々で行う機会を得て、効果的な栄養プログラムとはどのようなものであるのかについて考え続けてきた。南アジアの国々で取り組むことが可能である効果的な栄養プログラムを提案するための基礎作業として、今まで活動をしてきたネパール、パキスタン、バングラデシュで取り組まれてきた栄養プログラムについて検討を加えるのが本論文の趣旨である。

本来、栄養問題は包括的なものである。ところが、包括的 PHC が、単位あたりコストに対して治療・予防の効率の高い活動に集約され選択的 PHC に移行したように、近年、世界保健機関(WHO)も国連児童基金(ユニセフ)も微量栄養素に着目した活動が中心となっているということは、すぐ目に見えるかたちでの効果を求める傾向が栄養分野にもあらわれてきたのではないかと、人びとの食生活改善のためには、本来の包括的な取り組みを展開していく必要があるということが本論展開の背景にある問題意識である。

本論文の目的は、ユニセフ・WHO を中心に貧しい人々の栄養改善の主要戦略として南アジアの国々において取り組まれている微量栄養素プログラムを、持続性と食行動変容の面から批判的に検討することである。

検証する仮説は、「1990 年頃より、発展途上国(特に南アジアの国々)で取り組まれてきた栄養プログラムは特定の微量栄養素補充による疾病予防を目標としてユニセフや WHO が中心となり、実施されてきたが、特定の微量栄養素のタブレット、カプセル等の配布なしには成立しない、ドナーからの大規模な支援なしでは成立し得ない、本質的な栄養改善のための人々の食生活改善にはつながらない、という理由により効果的ではない。したがって、南アジアの国々での効果的な栄養プログラムのためには、栄養素レベルでの取り組みではなく、食物レベルで入手可能性を増やしていく方法を住民と共に考えていくアプローチが必要である。」である。

世界的な栄養問題と戦略を概観し、微量栄養素欠乏症対策プログラムに移行してきた背景を明らかにするために、WHO とユニセフ発行の文書、また微量栄養素欠乏症に焦点をあてる契機となったと言われる 1990 年の「子どものための世界サミット」についての文書、世界的な栄養・食の方針を話し合うために 1992 年に開催された「国際栄養会議」についての文書を検討する。次に、実際に南アジアの農村ではどのような栄養プログラムが取り組まれており、かつ問題が起きているのかについては、筆者が栄養教育の担当者としてかかわった国際協力機構(JICA)のネパール PHC プロジェクト、パキスタン母子保健プロジェクト、バングラデシュリプロダクティブヘルス人材開発プロジェクトの報告書並びに、筆者自身の現場での観察、関係者への聞き取り調査などから分

析を行う。

## 2. 論文の構成

### 第1章 序論

- 第1節 研究の背景
- 第2節 研究の目的と検証する仮説
- 第3節 研究の方法

### 第2章 世界の栄養問題と戦略

- 第1節 世界の栄養問題
- 第2節 世界の栄養プログラムの変遷
- 第3節 微量栄養素プログラム
- 第4節 WHO、ユニセフの戦略
- 第5節 子どものための世界サミット
- 第6節 国際栄養会議

### 第3章 南アジア諸国の保健政策と栄養プログラム

- 第1節 三か国の政府の保健政策と栄養プログラム
- 第2節 南アジア諸国の栄養プログラムについての考察

### 第4章 農村地域の住民の食生活の実態

- 第1節 ネパールの事例
- 第2節 バングラデシュの事例

### 第5章 南アジア栄養プログラムについての総合的な分析

- 第1節 持続性の視点から
- 第2節 食行動変容とQOLの向上の視点から
- 第3節 栄養教育の視点から
- 第4節 まとめと提言
- 第5節 今後の課題

### 引用・参考文献

### 3. 論文の概要

現在に至るまで、時代を反映した栄養プログラムが取り組まれてきた。過去 50 年間を振り返ると、まず、1950 年代と 1960 年代の間は、たんぱく質欠乏症が大きな問題であった。1960 年代末と 1970 年代には、“たんぱく質・エネルギー栄養不良”という用語が文献に表れるようになり、その後、世界の栄養問題は子どものたんぱく質・エネルギー栄養不良に焦点が当てられ、これを軽減し、なくすことに焦点が当てられ、現在までに至っている。1970 年代後半には、新しい政策の構築者として、経済学者が、栄養学者や小児科医にとって代わり始め、世界銀行などの機関についての論議が多くなった。1985 年には、国際通貨基金(IMF)が、構造調整を推進し始め、また WHO とユニセフが合同栄養支援プログラムをつくった。1990 年代初期には、栄養専門家、国際機関及び大学が、ビタミン A 欠乏症、鉄欠乏性貧血、ヨウ素欠乏症を防止する即効的な方法を試みたため、微量栄養素問題に関心が集中し、たんぱく質・エネルギー栄養不良は背後に押しやられた。1990 年の「子どものための世界サミット」や 1992 年の「国際栄養会議」において、達成を期待される目標として、5 歳未満児の栄養不良を軽減させることと並んで、微量栄養素欠乏症をなくすことがあげられるようになり、世界銀行や米国国際開発庁(USAID)などの機関によって、多額の資金が供給されるようになってきた。

本論で取り上げる微量栄養素プログラムの微量栄養素とは体内で重要な生体機能を調整するために、ごく微量を必要とする食物構成成分で、無機質やビタミンを指す。微量栄養素欠乏症対策としては、1)微量栄養素の補給、2)食物への微量栄養素の添加、3)食物ベースのアプローチ/食事内容の改善、という3つの戦略があると言われている。しかし、ユニセフやWHOなどが中心となり、短期間に効果をあげる方法として、1)の微量栄養素の補給を推進したために、栄養プログラムそのものが1)の活動に偏る結果となった。本論文が問題とするのは、まさにこの点である。

世界が微量栄養素欠乏症対策に着目するようになった国際会議であると言われている「子どものための世界サミット」は、1990年9月にニューヨークの国連本部で開催され、71カ国の代表者が参加し、「子どもの生存・保護・発達のための世界宣言」及び「世界宣言を実施するための行動計画」が採択された。タスクの中の最初に、「子どもの健康と栄養状態の向上が最初の義務である。」と述べられ、栄養問題は最重要課題であることが強調されている。「栄養」セクターでは 8 つのゴールが設定されたが、この 8 つのゴールのうち、③女性の鉄欠乏性貧血を 1990 年のレベルの 3 分の 1 まで減少させる、④ヨウ素欠乏症をほぼ完全になくす、⑤ビタミン A 欠乏症と夜盲症を含むその結果をほぼ完全になくす、というように、鉄、ヨウ素、ビタミン A という 3 つの微量栄養素に関わる項目が設定されており、その比率は高い。「国際栄養会議」は、世界的な栄養・食の方針を話し合うため、1992 年にローマにおいて、FAO と WHO の合同で開催され、世界栄養宣言が批准され発表された。克服すべき課題 3 点のうち 1 つとして「ヨウ素欠乏症、並びに、ビタミン A 欠乏症」、また、軽減すべき課題 6 点のうち 1 つとして「鉄欠乏症を含む、他の重要な微量栄養素欠乏症」があげられており、ここでも、微量栄養素にかかわる項目の占める比率は高い。

次に、本論文の対象地域である南アジアの栄養問題の背景について述べる。国や文化が異なっても栄養不良を予知する鍵であるといわれている低出生体重児出生率をみると、南アジアでは 26%と、他地域と比べて一番高い数値を示している。また、栄養不良の 5 歳未満児の比率も、年齢相応の体重から見て、低体重である児の比率は南アジアが 46%と一番高い。また、食べることは、その国や地域、民族の文化と深く関わっているが、南アジア地域には多くのフードタブーや食生活にかかわる信念が存在する。このようなフードタブーや食生活にかかわる信念から栄養状態が

悪化している場合もみられる。低出生体重児の比率は、母親が成長期や妊娠中に置かれた条件、特にその健康や栄養状態を反映すると言われている。南アジアの女性の平均余命が生物学的には長いはずであるにもかかわらず、男性の平均余命とほぼ同じや、逆に短いことから考えると、南アジアの女性は他地域と比べ、尊重されずケアを受けられていないことを示している。

ユニセフも WHO も、貧困の格差が拡大していることを認め、それに取り組むことなく栄養改善を進めることは困難であるとしながらも、実際には、費用対効果が高く、短期間で成果の上がる微量栄養素補給プログラムに特化してきたのである。一方、南アジアの国々は政治が脆弱であることから、弱い立場に置かれる人たちが自分たちで食生活を望ましい方向へ変えていこうとすることが可能になるような栄養政策を、継続して自主的に維持することが困難である。従って、国際機関や各国ドナーがその政策に与える影響力は非常に大きく、ドナーの意向がそのまま政策に反映される可能性が高い。特に、栄養分野ではユニセフや WHO の影響は多大である。

微量栄養素プログラムは、予防可能な知的発達の遅れの主な原因であるヨード欠乏症をなくすことに貢献し、ビタミン A の補給を通して、失明だけでなく免疫力を高め、はしかなどの病気で亡くなる子どもの数を減らしてくるなどの効果をあげてきた。しかし、ドナーなどの都合で突然カプセルがなくなった場合や環境が変化したときなどに対応できない危険性があり、持続性の面からみて効果的であるとは考えられない。また、カプセルなどをただ受け取る微量栄養素補給プログラムでは、人びとは受け身になり、食生活改善のための行動変容には結びつかないことは明らかである。また、ただ、生きているのではなく、身体的、精神的、社会的意味において健康であり続けることは、一時しのぎの微量栄養素の補給だけでは達成できない。以上の点から、微量栄養素補給プログラムは持続性と食行動変容や生活の質(QOL)の向上の面からは有効ではない。

本論が主張したのは、社会的に弱い立場の人びとがエンパワーできるような政策を策定すること、政府がもっと弱い立場の人に目を向けるような働きかけすることに、率先して取り組むことの重要性である。ネパール、パキスタン、バングラデシュといった国々では、根深い階級制度が残り、女性の置かれている社会的状況が劣悪であることを背景に、女性や子どもの栄養不良は他の地域と比べてなかなか改善されてこなかった。カプセルの配布率を上げることだけでは、効果は期待できないのであって、不平等な社会を変えていくという視点がなければ栄養状態も変わっていかないのである。

微量栄養素補給プログラムは、予防接種や薬品などと同じように、重要な保健戦略の一環であることに間違いはない。しかし、「人間が食えること」は、予防接種を受けたり、薬を飲んだりすることとは異なり、人間が生きていくことそのものに直接かつ日常的にかかわっている。したがって微量栄養素補給プログラムを実施しつつも、食生活改善プログラムや生活改善プログラムにも同時に取り組むこと、さらには、保健セクターにとどまらない総合的なアプローチを採ることが重要である。また、食行動変容や QOL の向上に大きく影響する栄養教育にとりくむ地域の保健医療従事者や草の根のワーカーは、まず、自分が変わるという視点を持ち、エンパワメントを軸としたアプローチを身につける必要がある。

本論では、文献の分析、筆者の観察、保健ボランティアや保健医療従事者へのインタビューから、微量栄養素プログラムに集中的に取り組むことは、持続性がなく、人々が豊かに生きていく上での目標である QOL に深く関わる食行動変容には結びつかないことを述べてきた。しかし、実証的に解明することはできず、今後の調査や政策立案への素描に止まらざるを得なかった。今後は、本論の結果をふまえて、食生活改善のための食行動変容が広い意味での栄養教育などを通じて可能であること、微量栄養素補給プログラムも含めた包括的な栄養プログラムが QOL の向上に有

効であることを証明するための調査が必要である。